

別紙様式第二号(一)		記載例											
指定地域密着型サービス事業所 指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定居宅介護支援事業所 指定介護予防支援事業所													
指定申請書													
年 月 日													
小樽市長殿													
所在地 《法人所在地》													
申請者 名称 《法人名》													
代表者職名・氏名 《役職》《代表者氏名》													
介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。													
法人番号													
申請者	フリガナ												
	名 称												
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 市 道 府 県 市 区 町 村)										
	連絡先		電話番号 (内線)		FAX番号								
	法人等の種類												
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名		フリガナ氏名		生年月日						
	代表者の住所		(郵便番号 市 道 府 県 市 区 町 村)										
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に													
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に		指定申請対象事業(該当事業に○)		既に指定を受けている事業(該当事業に○)		指定申請をする事業の開始予定年月日		様 式		
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護										付表第二号(二)	
		認知症対応型通所介護										付表第二号(四)(五)	
		小規模多機能型居宅介護										付表第二号(六)	
		認知症対応型共同生活介護										付表第二号(七)	
		地域密着型特定施設入居者生活介護										付表第二号(八)	
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護										付表第二号(九)	
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護										付表第二号(一)	
	居宅介護支援事業	複合型サービス										付表第二号(十)	
		地域密着型通所介護										付表第二号(三)	
		介護予防支援事業										付表第二号(十一)	
	サ介護型サービス	介護予防認知症対応型通所介護										付表第二号(十二)	
		介護予防小規模多機能型居宅介護										付表第二号(四)(五)	
介護予防認知症対応型共同生活介護										付表第二号(六)			
介護保険事業所番号 (既に指定又は許可を受けている場合)													
医療機関コード等 (保険医療機関として指定を受けている場合)													

提出日を記載してください

「代表取締役」「代表社員」などの役職も記載してください。

裏面(別紙様式第二号(一))の備考 4を確認の上、記載してください。